THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M. C. SCALI

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu de Toulon
Interne de l'hôpital Rothschild

DE

L'ACCOUCHEMENT BRUSQUÉ

PAR LES

Incisions latérales profondes du col

Président : M. BRINDEAU, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBÉCOURT	SICARD
CHAMPY	LECÈNE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BRINDEAU

Chevalier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris

En reconnaissance de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON PREMIER MAITRE

M. le Docteur MALARTIC

Chevalier de la Légion d'honneur
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Toulon

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur BAR

M. le Professeur BRINDEAU

M. le Professeur LEGUEU

M. le Docteur CHEVASSU

A MES MAITRES DE L'HOPITAL ROTHSCHILD

A M. le Docteur L. ZADOC-KAHN

Chevalier de la Légion d'honneur
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin-Chef de l'Hôpital Rothschild

En hommage reconnaissant pour l'intérêt bienveillant qu'il nous a toujours témoigné.

A M. le Docteur T. REBLAUD

Chevalier de la Légion d'honneur
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Rothschild

Avec nos remerciements pour tout ce que nous avons appris dans son service.

A M. le Docteur A. SCHWAAB

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Accoucheur de l'Hôpital Rothschild

A qui nous devons le sujet de cette thèse et qui nous a aidé de ses conseils.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME ET CHER CONFRÈRE

DE L'ACCOUCHEMENT BRUSQUÉ

PAR LES

Incisions latérales profondes du col

INTRODUCTION

Les accoucheurs ont toujours été préoccupés de vider rapidement l'utérus d'une femme enceinte prise plus ou moins subitement d'accidents graves, mettant en danger son existence et celle de son enfant. Par un procédé approprié, on provoque la dilatation du col si elle n'est pas commencée, on la complète si elle est insuffisante ou bien on emploie une autre méthode si on estime qu'elle est plus efficace, plus satisfaisante pour la mère et pour l'enfant. Césarienne par voie haute ou par voie basse, procédés divers de dilatation du col, l'intervention sera ou simple ou délicate suivant les cas. Toujours méthode d'urgence, rarement méthode de choix, dictée par les circonstances, elle aura d'autant plus de valeur qu'elle sera plus simple, plus rapide et pourra s'effectuer n'importe où, à la campagne ou dans une clinique, avec le minimum d'instruments et par un simple

praticien ayant quelque peu l'habitude des accouchements.

De l'accouchement *forcé* des anciens à l'accouchement *artificiel instantané* (Rizzoli), à l'accouchement *méthodiquement rapide* et à *l'accouchement brusqué*, les procédés ont évolué vers des interventions mieux réglées, moins aveugles et moins traumatisantes.

Autrefois l'accouchement forcé était pratiqué par les moyens les plus étranges et les plus brutaux. On préconisait l'introduction forcée de la main à travers un col non dilaté permettant d'aller chercher les pieds de l'enfant et de terminer l'accouchement en les attirant.

Plus tard les accoucheurs ne furent plus partisans de l'introduction forcée de la main et déclarèrent qu'il fallait rejeter cette méthode parce que trop dangereuse. Déchirures du segment inférieur, ruptures utérines, hémorragies graves, mutilation du fœtus, telles furent les catastrophes qui révêtaient une importance particulière à une époque où l'antisepsie était inexistante. Aussi, pendant longtemps, l'accouchement forcé fut proscrit. Sous l'influence de Tarnier et de Bonnaire il y eut un retour vers une sorte d'accouchement forcé plus rationnel : ce fut l'accouchement méthodiquement rapide au moyen de la dilatation bi-manuelle. A côté de ce procédé purement obstétrical, il y en a d'autres,ceux-ci chirurgicaux, qui tendent à l'heure actuelle à prendre une place prépondérante en obstétrique.

On peut aujourd'hui classer les procédés qui permettent de vider rapidement l'utérus en deux catégories :

Procédés non sanglants ;

Procédés sanglants.

Citons tout de suite, pour les éliminer comme moyens insuffisants, faisant perdre un temps précieux au moment où il s'agit d'aller très vite, le tamponnement vaginal, les bougies, les ballons excitateurs, les écarteurs de Tarnier qui tous réveillent les contractions utérines, accélèrent le travail mais ne sont pas des dilatateurs.

Procédés non sanglants :

a) *Ballon de Champetier de Ribes* ;

b) *Dilatation bi-manuelle* ;

c) *Dilatateur de Bossi* ;

Procédés sanglants :

a) *Différentes césariennes* ;

b) *Incisions petites et multiples du col* ;

c) *Incisions profondes du col* ;

Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations inédites, dues à l'obligeance de notre maître M. Schwaab, où les incisions latérales profondes du col ont été pratiquées dans diverses circonstances.

Nous allons, au cours de ce travail, préciser les indications de la méthode que nous préconisons, la comparer aux autres et montrer qu'elle a sur celles-ci l'avantage d'être plus simple, plus facile, plus rapide. Elle peut être effectuée n'importe où et par le praticien lui-même.

Nous qualifions *d'accouchement brusqué* ce procédé qui nous permet, à l'aide le plus souvent de deux incisions latérales profondes du col, d'avoir une ouverture suffisante pour livrer passage au fœtus. On peut terminer immédiatement l'accouchement grâce à une application de forceps ou à une version.

Cette méthode, qui n'a rien de l'accouchement forcé de jadis, peut avoir sa place à côté des procédés chirurgicaux ou autres que nous avons énumérés tout à l'heure. Modestement chirurgicale, obstétricale aussi, cette technique peut en quelque sorte devenir le premier temps de la césarienne vaginale.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les incisions du col ont été connues de tout temps. Déjà à l'époque de l'empereur Auguste, Celse en fait mention dans ses écrits. A. Paré en parle comme d'un procédé déjà connu et Baudelocque les utilise dans les cas de col rigide, non dilatable. Ces incisions sont préférables, dit-il, aux déchirures tardives qui pourraient s'y faire et n'ont jamais eu les mêmes suites. Mais les incisions recommandées par les auteurs, ont toujours été des incisions petites, timides, de quelques millimètres à peine. Cependant Lauverjat dans un travail de 1788, recommande de larges incisions du col. Sa césarienne vaginale consiste plutôt en profondes incisions du col qu'en césarienne proprement dite. Moins hardis, Coutouly, Osiander, Flamant inventent même pour cette intervention des hystérotomes spéciaux avec lesquels on ne risque pas d'aller trop loin. Nœgelé déclare que si le travail se prolonge par trop, on est obligé

d'inciser le cercle de l'orifice utérin sur plusieurs points de sa circonférence. Loir 1844, fait des incisions du col dans un cas d'hémorragie rétro-placentaire : indication rare à cette époque. Car en effet les incisions faites par Dubois, Depaul, ne se pratiquaient que dans les cas de rigidité. Ce sont en somme des incisions « simples » (Bar) sur des cols présentant autour de l'orifice externe un anneau peu épais de tissu cicatriciel. Dans ces cas, le col peut s'effacer, la paroi cervicale est amincie, le segment inférieur est amplifié. Ces incisions ne suffisent pas pour livrer passage au fœtus ; il faut laisser à la contraction utérine le soin d'achever la dilatation ou il faut la faire manuellement. Dans une observation de Bunting (1) Pajot fait d'abord une première incision à droite; celle-ci ne facilitant pas l'accouchement, il en fait une seconde quelques heures plus tard, puis une troisième quelques heures encore après. Après un travail excessivement long on put enfin extraire l'enfant à l'aide d'un forceps. Dans les thèses de cette époque, sous l'influence des idées de Dubois, Tissier (2), Bunting, Viguier (3) publient des observations où les incisions sont presque toujours faites dans les cas de rigidité. Tissier recommande de commencer par de petites incisions et de les agrandir ensuite si c'est nécessaire et dans une observation de Domerc, il est intéressant de noter

1. Bunting. Thèse de Paris, 1861.
2. Tissier, Thèse de Paris, 1860.
3. Viguier, Thèse de Paris, 1874.

que les incisions se sont étendues sans aucun danger jusqu'à l'insertion vaginale.

II

A partir du Congrès de Wiesbaden 1887, l'attention des accoucheurs est attirée sur le traitement par les incisions et cette question acquiert de l'importance grâce à des communications de Skutsch et Martin. Skutsch présente pour la première fois l'observation d'une femme chez qui il a fait de profondes incisions du col pour terminer l'accouchement. En 1890, Dührssen précise que c'est seulement quand le col est effacé que les incisions peuvent donner de bons résultats. Dès 1893 Dührssen avait opéré trente-cinq fois *avec un seul décès d'enfant, sans mortalité maternelle.* Mare (1) de New-York publie deux observations où il a fait des incisions profondes sur quatre points de la circonférence du col, avec plein succès.

Les communications de Dührssen eurent un grand retentissement en Allemagne et dans les pays de langue allemande ; beaucoup d'accoucheurs, après lui, utilisèrent son procédé qui porte son nom. En France, Maygrier, 1801 préfère les incisions petites et multiples ; les incisions à la Dührssen lui inspirent une certaine appréhension.

Audebert, 1806 pratique, dans un cas de dystocie,

1. Mare, *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, 1893, p. 390.

deux incisions latérales profondes qui lui donnent un col presque complètement dilaté. Il peut immédiatement, à l'aide d'une application de forceps, extraire un enfant vivant.

Fochier 1898, dans la thèse de Frarier, les préconise comme procédé de dilatation artificielle dans les accouchements normaux chez les primipares.

Mortagne 1898, passant en revue les procédés à utiliser dans l'accouchement méthodiquement rapide, rejette énergiquement les incisions à la Dührssen : « Nous voyons des accoucheurs comme Dührssen avec une témérité, que nous ne pouvons cependant nous empêcher de réprouver, ne pas hésiter dans leur pratique courante à substituer à la dilatation du col, trop lente à leur gré dans certains cas, l'incision à fond des parois du canal cervical et cela, à titre de traitement de choix. » Il semble que Mortagne confonde les incisions du col et la césarienne vaginale proprement dite.

Dans son rapport au Congrès de Budapest 1909, sur la dilatation rapide du col, Bar ne parle pas des incisions mais seulement de la césarienne vaginale.

A ce même Congrès, Winter déclare qu'on peut faire des incisions s'étendant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux à condition que le col soit effacé et que la dilatation soit de 5 centimètres environ.

Au Congrès de Toulouse 1910, Jeannin et Garipuy, dans un rapport sur l'incision du col de l'uté-

1. Mortagne, Thèse de Paris, 1897-1898.

rus pendant l'accouchement, présentent 3 cas d'incisions profondes du col. « Nous tenons à bien préciser, disent-ils, que nous n'envisageons nullement les petites incisions mais uniquement les grandes incisions profondes, vraiment chirurgicales et suffisamment étendues pour lever définitivement l'obstacle créé par le col. » Dans la discussion qui suivit, Bar fait des réserves sur ce procédé et déclare que, s'il est préférable aux incisions multiples, il ne peut être considéré comme d'une pratique courante.

Dans un mémoire sur l'accouchement méthodiquement rapide paru dans *l'Obstétrique* (1), Hauch passe en revue les différents procédés et déclare qu'il a eu l'occasion de faire soixante-cinq fois les incisions. Hofmeier, Léopold Meyer, Hartz, Hammerschlag, Zweifel ont aussi pratiqué des incisions, mais elles ont été fréquemment compliquées d'hémorragies. Mackenrodt a publié 2 cas de mortalité après incisions faites en ville par des praticiens.

A la Société d'Obstétrique de Toulouse (2), Garipuy communique l'observation d'une femme albuminurique chez laquelle il a pratiqué 2 incisions latérales profondes dans un cas d'hémorragie rétroplacentaire.

Cathala (3), dans un cas de dystocie par atrésie de l'orifice interne avec col effacé et ébauche de dilata-

1. *Obstétrique*, nov. 1910.
2. 1er mai 1912.
3. *In* thèse Géraud, 1911-1912.

tion, fait de grandes incisions du col et extrait rapidement le fœtus.

Potocki (1) préconise depuis 1889 les incisions du col faites latéralement et il rejette les incisions suivant la technique de Dührssen.

Treub et Brindeau (2) recommandent dans les cas de rigidité, quand le travail se prolonge, les grandes incisions, préférables au Ballon et au Bossi.

Chambrelent et Cathala (3) reconnaissent que dans l'éclampsie, quand la tête est profondément engagée, les incisions peuvent rendre des services.

Depuis de nombreuses années, Schvaab les emploie quand l'état grave de la mère dans la période du travail, commande l'évacuation immédiate de l'utérus.

En résumé, l'histoire des incisions du col semble avoir passé par deux phases successives : primitivement superficielles, timidement faites, elles deviennent en Allemagne, avec Dührssen, profondes et multiples. En France, les accoucheurs recommanderaient le plus souvent deux incisions latérales profondes.

1. *In* thèse Enriquez, 1915.
2. *Pratique de l'Art des accouchements*, p. 371 et 373.
3. *Id.*, p. 171.

CHAPITRE II

TECNIQUE DES INCISIONS

Conditions requises

Les incisions petites et multiples doivent être rejetées, nous l'avons dit. Elles sont dangereuses, car elles sont susceptibles d'extension. Elles ont été faites sur des cols *non effacés*. Elles ne répondent pas au but que nous poursuivons, c'est-à-dire ouvrir au fœtus un passage suffisant pour l'extraction immédiate. Ces incisions multiples n'ont été employées que pour activer le travail, le faciliter et toutes les observations publiées nous apprennent que l'accouchement n'a eu lieu que plusieurs heures, vingt-quatre, trente-six heures après.

Les incisions que nous préconisons, ce sont les incisions *profondes* de Skutsch, de Dührssen, de Potocki, de Jeannin, de Garipuy, etc... Tous les auteurs s'accordent pour dire qu'il faut que le col soit *effacé*, que le segment inférieur soit amplifié, aminci. La tête doit être engagée, elle doit se coiffer du col, appuyer sur lui, le distendre. Plus la présentation sera basse, mieux les conditions seront rem-

plies. Le plus grand diamètre de la tête fœtale doit dépasser les insertions vaginales. Il faut, dit Cathala, que le bi-pariétal se trouve au-dessous de ces insertions. Potocki donne comme « point de repère » permettant de faire les incisions, une dilatation de 3 centimètres. Or, on sait que le col ne s'efface pas de la même façon chez les primipares et chez les multipares. Chez les premières l'effacement sera complet et on aura une ancienne paroi cervicale d'une minceur extrême. Chez les autres le col aura toujours une certaine épaisseur et la dilatation se fera en même temps que l'effacement. Le col sera souvent ouvert, et même chez certaines femmes à passé d'endométrite ayant subi des traitements divers, en particulier de la dilatation et des injections intra-utérines périodiques, il sera très ouvert. Il ne faudra donc pas confondre l'effacement avec ce pseudo-effacement des multipares à col très ramolli. Le doigt introduit dans le canal cervical le déplissera en quelque sorte, et nous rendra compte de sa longueur.

On doit aussi explorer le cul-de-sac avec l'index et vérifier si ce doigt atteint ou dépasse la circonférence la plus grande de la tête.

Jeannin et Garipuy (1) ont bien montré à l'aide de schémas très simples comment, lorsque le *col est bien effacé*, on peut avec deux incisions ne dépassant pas la zone d'insertion vaginale, faire l'extraction immédiate sans courir aucun risque sérieux.

En effet, quand le col est effacé, la région cervicale

1. *Obstétrique*, 1910.

étirée et amincie coiffe la tête descendue dans l'excavation et forme une sorte de calotte sphérique étroitement appliquée sur elle. Si au niveau des insertions vaginales du col, le diamètre de cette calotte est au moins aussi grand que le plus grand diamètre de la tête fœtale, celle-ci pourra passer sans danger quand on aura incisé le col jusqu'au niveau de ses insertions vaginales. Au contraire, quand le col n'est pas effacé, au lieu de cette calotte sphérique on a au-devant de la présentation une sorte de tronc de cône plus ou moins allongé qui coiffera mal la tête. Si par les incisions on veut atteindre le niveau du plus grand diamètre de la tête, on sera obligé pour avoir un passage suffisant, d'empiéter sur la portion sus-vaginale du col et on risquera alors de produire des lésions des vaisseaux ou des organes voisins, suivant le siège des incisions. Deux observations, l'une de Garipuy, l'autre de Keller, montrent le danger de ces incisions quand elles se font sur des cols non effacés. Dans l'observation de Garipuy, la lèvre antérieure du col était restée épaisse, courte, sans rapport avec la présentation, tandis que la lèvre postérieure sur laquelle appuyait la tête était surdistendue. Une incision médiane de 6 centimètres sur cette lèvre fut faite sans incident ; mais une incision de 1 cm. 1/2 à peine sur la lèvre antérieure, fit ouvrir le cul-de-sac vaginal. L'observation de Keller est aussi très instructive. Une petite incision de la lèvre antérieure donna naissance à une immense déchirure double dont l'une des branches intéressa la vessie, l'autre branche la paroi antérieure de l'utérus.

Nombre et siège des incisions. — Avantages, dangers et complications suivant leur nombre et suivant leur siège.

On a beaucoup discuté sur le nombre et le siège des incisions.

Skutsch préconisait 6 incisions, Dührssen 4 à 6 et il ajoutait des incisions du vagin et du périnée. Ces incisions seront pour les uns latérales, pour les autres médianes. La crainte des hémorragies, la crainte des organes voisins a fait accepter ou rejeter tel ou tel siège. On peut dire tout de suite que ces dangers ne sont pas à craindre si les incisions n'ont pas dépassé la portion vaginale du col, comme nous l'avons montré plus haut.

En avant, il y a la crainte de la vessie. On sait que l'insertion du vagin se fait en avant plus bas qu'en arrière, de sorte que la lèvre antérieure est plus courte que la postérieure. L'incision antérieure peut blesser le cul-de-sac antérieur du vagin et ce n'est que secondairement que la vessie peut être blessée à son tour. La vessie et le vagin sont unis par du tissu cellulaire lâche ; l'union que présentent à ce niveau les deux parois vésicale et vaginale, est assez intime pour que la vessie accompagne toujours la paroi antérieure du vagin dans ses déplacements. Cependant Bar et Demelin ont montré que sous l'influence de la grossesse, le tissu cellulaire devenait très lâche. Quoi

qu'il en soit,quand l'utérus est très abaissé il abaisse avec lui l'insertion vaginale et par conséquent le cul-de-sac peut paraître très profond : on incise le col et on blesse le cul-de-sac et par contre-coup la vessie. Dans la littérature ce sont les déchirures de cet organe qui sont le plus fréquentes.

Quant à l'incision postérieure, la crainte de blesser le rectum est plus théorique que réelle. D'ailleurs, la paroi vaginale est séparée du rectum par un tissu cellulaire assez dense et si on incisait trop,on ne risquerait que de blesser le péritoine, ce qui n'a pas une grosse gravité en pratique étant données les conditions dans lesquelles on intervient. Hauch se demande s'il ne vaut pas mieux faire ainsi des incisions médianes,car le danger d'intéresser les organes voisins ne semble pas très grand. Latéralement, il y a à craindre les vaisseaux. Cependant les incisions latérales sont préconisées par Potocki, par Jeannin, par Schwaab. On sait que ce n'est que le segment sus-vaginal du col qui est en rapport avec l'uretère et avec les vaisseaux, artère utérine, plexus veineux. L'uretère s'éloigne du col et se dirige en dedans en bas et en avant pour aller s'ouvrir dans le bas-fond de la vessie près de la ligne médiane. Il n'est pas en contact immédiat avec le col ; il en reste séparé par une distance de 1 centimètre et demi environ. Quant à l'artère utérine, elle atteint les parties latérales du col à peu près au niveau de l'insertion vaginale et chez les multipares elle descend quelquefois plus bas. Les incisions sur les parties latérales ne

deviendront dangereuses que si l'on dépasse la zone d'insertion vaginale. Enfin on a signalé des cas où quatre incisions ont amené une nécrose suivie d'expulsion d'une partie du col. C'est pourquoi Hauch a conseillé de commencer par deux incisions et d'en faire davantage si après application de forceps on s'aperçoit qu'on n'a pas assez de place.

En dehors des blessures des vaisseaux et des organes, on a craint que ces brèches opératoires ne s'étendent au segment inférieur, particulièrement à la base du ligament large, région très vasculaire. On verrait alors se produire une infiltration sanguine qui par sa communication avec le vagin pourrait donner lieu à un phlegmon.

Sutures

La question des sutures a été aussi très discutée. Les uns préfèrent ne rien faire que de faire une mauvaise suture. D'autres prétendent que ces plaies opératoires ne guérissent pas toujours par première intention : on observerait plus souvent une réunion incomplète que des cicatrices vicieuses. On noterait des accidents se manifestant par un abcès, du sphacèle, de la lymphangite péri-cervicale, un phlegmon du ligament large. Les résultats de Léopold Meyer, qui faisait systématiquement des sutures, sont meilleurs que ceux de Bardenleben qui ne les faisait pas. On a craint que pour les accouchements ultérieurs,

ces cicatrices anciennes, ces cols béants non suturés, flottant dans le vagin, ne soient le point de départ de déchirures étendues, de ruptures utérines. Cependant, nombreux sont les cas où les femmes ont pu sans accident accoucher de nouveau alors qu'elles avaient subi, à un accouchement antérieur, des incisions du col. Une observation de Bossi (1) est à ce titre très intéressante. Il s'agissait d'une femme qui à une première grossesse, avait subi un accouchement forcé avec incisions profondes suivies de sutures. A sa seconde grossesse, huit ans après, son col était réduit à un cercle assez épais rendu dur et résistant par des cicatrices. Bossi lui appliqua son dilatateur et très vite il obtint une dilatation complète du col, sans aucune déchirure, sans perte de sang.

Manuel opératoire

La crainte de faire des échappées, d'inciser trop loin, a fait autrefois imaginer aux accoucheurs des instruments de sécurité. On trouve mentionnés dans les ouvrages, différents modèles d'hystérotomes. Bistouris boutonnés, ciseaux à nom d'auteurs différents, hystérotomes divers ont tour à tour été recommandés. A l'heure actuelle, on n'utilise plus ces instruments. Dans les cas d'extrême urgence une paire de ciseaux peut suffire, la suture sera faite secondairement s'il y a lieu.

1. Cité par Géraud, thèse de Paris.

Dans les meilleures conditions d'assistance et de milieu on aura sous la main :

Une paire de ciseaux courbes arrondis à leur extrémité ou mieux, de longs ciseaux coudés ;

Une pince à disséquer ;

Deux pinces de Museux ;

Une pince à pansement utérin ;

Une forte aiguille courbe ;

Deux valves plates et larges ;

Du catgut n° 2 ;

Du crin de Florence ;

Forceps.

La femme est mise en position obstétricale.

La vessie et le rectum sont préalablement vidés.

La vulve et le vagin sont désinfectés.

L'anesthésie est inutile, ces incisions étant peu douloureuses.

Mise en place des valves

Il vaut mieux se passer des pinces de Museux car on risquerait peut-être de tirailler sur les insertions vaginales et de les intéresser dans les incisions. On introduit la main gauche dans le vagin. L'index et le médius,insinués dans le col,sont légèrement écartés l'un de l'autre une fois introduits : ils tendent ainsi la paroi cervicale. Une branche des ciseaux est glissée entre les deux doigts, l'autre branche est en dehors.

Coup de ciseau à gauche, coup de ciseau à droite allant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux exclusivement. Les deux lèvres cervicales antérieure et postérieure,

ainsi formées, laisseront un passage suffisant pour le fœtus.

Extraction par application de forceps. Délivrance artificielle.

L'injection intra-utérine est inutile sauf indications spéciales.

Injection vaginale. Nettoyage de la vulve. Suture au catgut des lèvres de l'incision. Attouchement à la teinture d'iode. Tamponnement vaginal.

Si les tissus sont friables, s'il y a de l'infection, on ne fera pas de sutures.

Les suites sont généralement simples. Il y a intérêt à ne pas multiplier les injections vaginales.

CHAPITRE III

INDICATIONS CLINIQUES DES INCISIONS

Dans ce chapitre nous étudierons les indications cliniques pour lesquelles la méthode des incisions nous paraît applicable. A l'occasion de chaque cas, nous établirons un parallèle entre cette méthode et les différents procédés qui, à l'heure actuelle, permettent de terminer immédiatemént l'accouchement chez une femme dont l'état grave nécessite l'extraction rapide du fœtus ou dont l'état de souffrance de l'enfant pose les mêmes indications.

A notre avis les indications des incisions sont :

1° Les cas de rigidités du col, sauf rigidité par cancer, avec lenteur du travail ;

2° Les cas d'infection amniotique ;

3° L'éclampsie ;

4° L'hémorragie grave par décollement prématuré du placenta ;

5° L'état grave de la mère par maladies infectieuses, cardiopathies. Agonie. *Post mortem*.

Rigidités du col

C'est dans les cas de rigidités du col que les incisions ont été le plus souvent employées. Nous ne considérerons ici que les cas de rigidité anatomique et de rigidité pathologique. La rigidité spasmodique, niée par de nombreux auteurs, relèverait d'ailleurs d'autres indications. La rigidité anatomique s'observerait surtout chez les primipares âgées. Cette rigidité. rigidité par « infiltration » de certains auteurs, (Couvelaire, Wallich) existerait aussi chez des multipares qui auraient une infection atténuée du col. Ce ne serait, en somme, qu'une variété de rigidité pathologique à rapprocher de la rigidité cicatricielle, de la rigidité syphilitique. Les incisions dans les cas de rigidité par cancer sont naturellement à rejeter sans qu'il soit besoin d'insister. Dans les cas de rigidité, le canal cervical manquant de souplesse, la dilatation ne se fait pas, le travail se prolonge, la femme s'épuise. La tête appuyant sur un col qui résiste, le segment inférieur peut se détacher circulairement et même, quand les contractions sont très actives, on peut observer une rupture utérine.

S'il y a intégrité de la vulve et du vagin, si la sclérose ne remonte pas trop haut, si notamment le segment inférieur est indemne, les grandes incisions sont indiquées. Chez toute femme dont le travail se prolonge sans raison apparente, il faut examiner soigneusement le col car souvent cette complication est

méconnue et c'est pendant le travail qu'on la constate.

Voyons ce que valent les autres méthodes. Le ballon de Champetier de Ribes est peu efficace dans les cas de rigidité anatomique. Wyder et Recassens, qui l'ont utilisé, n'ont eu que des dilatations insignifiantes au bout de plusieurs heures. Dans la rigidité cicatricielle, le ballon peut être dangereux. Il en est de même de la dilatation bi-manuelle. C'est une mauvaise méthode surtout si elle est précédée, comme on l'a conseillé, d'incisions petites et multiples. On s'adresse en effet à des tissus épais, inextensibles et on n'obtient un résultat qu'en déchirant le tissu-cicatriciel sur une étendue qui peut dépasser la lésion et s'étendre au segment inférieur et même plus loin.

Le Bossi déchire plus qu'il ne dilate. La pression exercée est inégalement répartie de sorte que les points les moins résistants, les moins souples cèdent les premiers et les déchirures sont la règle. Il est vrai que Bossi considérait comme une indication majeure les cas de rigidité et nous avons fait allusion à une observation de Bossi, dans laquelle l'accoucheur italien raconte qu'il a pu dilater facilement et sans accident le col d'une femme qui présentait des cicatrices d'incisions anciennes et profondes du col. Cependant, Bar pense, qu'en raison de sa puissance, de sa rapidité d'action, le Bossi produit des effractions du col, pour peu que les tissus opposent de la résistance.

Quand la sclérose est très étendue, quand les tissus du vagin sont friables, quand on a des craintes de délabrements utérins, il faut recourir à la césarienne abdominale mutilatrice.

Infection amniotique. Souffrance du fœtus

Dans un grand nombre d'observations, où l'on a pratiqué des incisions, on note souvent l'état de souffrance du fœtus. La femme est en travail depuis très longtemps ; elle est à bout.

Après une période active où les contractions ont été énergiques, fréquentes, les douleurs s'espacent, diminuent d'intensité, le travail ne marche plus, la dilatation est stationnaire et pourtant le col est souple. Les bruits du cœur fœtal se modifient, on les entend difficilement, parfois ils sont couverts par des bruits sourds, convulsifs, des sortes de coups de bélier que la femme elle-même perçoit. Les membranes sont rompues, le liquide amniotique a une couleur verdâtre, du méconium, véritable purée de pois, s'écoule en abondance. L'indication est nette, il faut terminer l'accouchement au plus tôt.

Il arrive souvent, dans la clientèle rurale, que le médecin traitant, après des essais multiples de dilatations bi-manuelle plus ou moins correcte, plus ou moins patiente, après plusieurs dérapages de forceps à travers un col insuffisamment dilaté, n'entendant plus les bruits du cœur, fait enfin appeler un

accoucheur. C'est dans ces cas, nous semble-t-il, que les incisions du col peuvent rendre les plus grands services. Elles permettront de terminer rapidement l'accouchement grâce à une application de forceps, à travers un col largement ouvert cette fois-ci.

Si le fœtus est mort, s'il est gros ou paraît augmenté de volume, on fera une basiotripsie. Pas de sutures, teinture d'iode sur le col.

Le ballon est ici trop lent ; de plus, dans les cas que nous envisageons, l'engagement de la partie fœtale ne permet pas son emploi.

La dilatation bi-manuelle est passible des mêmes reproches ; elle demande trop de temps et on observe fréquemment la rétraction de l'orifice cervical. En outre, on a trop tendance à faire une application de forceps sur des cols insuffisamment dilatés.

Le dilatateur métallique est éminemment dangereux dans un col suspect, friable, qui a déjà subi de petits traumatismes répétés. Nous trouvons dans la *Lancet* (1) une observation où l'application du Bossi causa des dégâts énormes. Il s'agissait d'une femme présentant un début de travail, au sixième mois de sa grossesse. La sage-femme essaya de faire une version. L'expulsion des pieds et du tronc se fit normalement, puis les douleurs s'arrêtèrent. La sage-femme fit alors des tractions, elle finit par détacher le tronc de la tête. Plusieurs heures après voulant reprendre l'extraction, l'accoucheur appelé, constata

1. *Lancet*, juillet 1915.

la rétraction de l'orifice cervical. On introduisit sans succès un ballon de Barnes. On appliqua le Bossi : le col et le segment inférieur cédèrent et livrèrent passage dans la cavité abdominale à la tête fœtale.

Zaratte a publié des cas de césariennes tardives chez des femmes en travail depuis longtemps, avec poches des eaux ouvertes depuis deux jours. Le petit nombre d'observations (4) publiées n'est nullement concluant et en tous cas, quand le traitement par les incisions n'est pas applicable, nous donnons la préférence à la césarienne vaginale.

Eclampsie

Le traitement de l'éclampsie est un de ceux qui a suscité le plus de discussions. Les uns sont partisans d'un traitement par les narcotiques, les autres toujours partisans d'un traitement obstétrical. A l'heure actuelle l'accord est unanime pour reconnaître que l'état de la femme s'améliore considérablement après l'accouchement, d'où il suit qu'on doit terminer l'accouchement lorsqu'on peut le faire facilement et sans danger pour la mère. En outre, il est plus facile de protéger contre les accès, une malade accouchée qu'une malade soumise encore à « l'irritation du travail » (Forssner). Le fœtus bénéficie toujours d'un accouchement rapide. L'accouchement long et pénible, chez une femme présentant de l'éclampsisme, provoque ordinairement des accès

convulsifs ; enfin pendant la période d'expulsion, on peut observer des accès alors que l'éclampsie paraissait légère. De toutes ces données, on peut donc conclure *que tous les cas d'éclampsie avec convulsions doivent être traités radicalement aussi vite que possible.*

On a dit que le traitement par les narcotiques et la saignée doit être le traitement des praticiens. A notre avis, ce n'est pas suffisant, le praticien peut faire mieux. Déjà Cazeaux préconisait dans l'éclampsie des incisions pratiquées sur divers points de la circonférence du col. Viguier, dans sa thèse, les recommande quand le col n'est pas dilatable. Mais ces incisions ne suffisent pas et il faut attendre. Hauch, Léopold Meyer ont donné des statistiques d'incisions profondes et autres procédés, appliqués dans le traitement de l'éclampsie.

Dans 53 cas d'éclampsie, Léopold a fait :

1	fois	la dilatation manuelle.....	1 mort
8	—	incisions.....	0 —
12	—	Bossi.....	2 —
30	—	césarienne vaginale.....	4 —
2	—	césarienne abdominale....	0 —

Hauch, dans une statistique de 63 cas, a fait :

1	fois	la dilatation manuelle.....	1 mort
39	—	césarienne vaginale.....	5 —
20	—	incisions.....	3 —
1	—	Bossi.....	1 —
2	—	césarienne abdominale...	0 —

Notons la mortalité dans les deux cas de dilatation manuelle. Hauch signale un cas de mort par hémorragie due à une déchirure du col provoquée par le dilatateur de Bossi. Quant aux 3 cas de mort dans le traitement par incisions, 2 sont dus à l'anurie et le 3e cas est dû à une hémorragie par inertie utérine. L'examen de l'utérus *post mortem* ne montra aucune lésion. Dans sa statistique, Hauch fait remarquer que la mortalité, à la suite des incisions du col, est la même que dans la césarienne vaginale.

Nous donnons une observation d'incisions profondes pratiquées au cours d'un coma éclamptique : l'extraction du fœtus fut très facile; malheureusement la femme était agonisante au moment de son arrivée dans le service.

Le traitement par les incisions vaut le traitement par la césarienne vaginale et il a l'avantage d'être plus simple. Le Bossi est dangereux. La dilatation manuelle n'est pas à conseiller chez des éclamptiques qui ont souvent une grosse albuminurie et par conséquent des tissus souvent très friables. La césarienne abdominale a été surtout exécutée en Allemagne ; c'est du reste une opération d'hôpital, à entreprendre avant tout début de travail.

Hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré

Quand l'hémorragie est légère, sans symptômes graves, quand le pouls n'est pas accéléré, irrégulier

ou faible,on doit laisser aller les choses, tout en surveillant soigneusement la malade. Quand l'état est grave, il faut évacuer l'utérus par les moyens les plus rapides. Un premier traitement, suffisant dans la majorité des cas,c'est la rupture des membranes. L'hémorragie peut s'arrêter par cette simple intervention. Dans le cas contraire, on utilisera des moyens plus actifs. Quand la dilatation est complète, le forceps ou la version s'imposent. Quand il n'y a pas de dilatation, tous les procédés connus ont été employés ; voyons ce qu'ils valent.

Le ballon : on a poursuivi un double but en l'utilisant : d'abord comme moyen d'hémostase, ensuite comme moyen de dilatation rapide. Comme moyen d'hémostase, la compression exercée par le ballon est inefficace,trompeuse,car l'hémorragie est ailleurs, plus haut située. Comme moyen de dilatation rapide, la dilatation ne se fait pas, ou elle est insignifiante. Dans une observation de Steffens citée par Lévy, (1) on plaça successivement deux ballons ; il y eut arrêt de l'hémorragie et récidive après expulsion ; on fit alors des incisions du col et on termina par une craniotomie.

Fabre (2) n'obtient pas de dilatation par le ballon ; des incisions multiples du col lui donnant un orifice insuffisant ; il termine par une césarienne vaginale. La dilatation bi-manuelle est aussi à rejeter. Devraigne,

1. Lévy, thèse de Paris, 1911.
2. *In* Gaston, thèse de Lyon, 1906.

Weatherly l'emploient, mais il y a mortalité de la femme dans les deux cas.

Une dilatation bi-manuelle, faite à la Clinique Baudelocque, ne donna que 5 centimètres après des manœuvres très pénibles. Par cette ouverture insuffisante, on fit l'extraction d'emblée d'un fœtus mort. La femme mourut par hémorragie. Quant au Bossi, Bar dit qu'il convient peu dans ce cas. Jolli, Ballantynee, Lavornius, ont des désastres par l'emploi de cet instrument.

La césarienne abdominale est préconisée par Pinard et ses élèves. Lévy, dans sa thèse sur le traitement chirurgical de l'hémorragie rétro-placentaire, déclare que ce traitement est exceptionnel et quand il s'impose, il doit consister dans la césarienne abdominale suivie d'hystérectomie s'il y a lieu. En Allemagne, on donne la préférence à la césarienne vaginale. En France, Fabre en est aussi partisan.

Les incisions du col, dans l'hémorragie rétroplacentaire, ont été faites par Loir, Lobenstine, Musatow, avec de mauvais résultats. Garipuy présenta à la Société de Toulouse, un cas où la dilatation bi-manuelle n'a été qu'une amorce de déchirure ; deux incisions latérales, allant jusqu'à la limite de l'insertion vaginale, permirent l'extraction rapide. Nous donnons également une observation due à l'obligeance de M. Laskine : extraction d'un enfant vivant grâce à des incisions du col. Une dilatation manuelle n'avait pas donné de résultats.

En somme, si dans les cas favorables la rupture

des membranes peut suffire, dans les cas graves on ne s'attardera pas aux procédés obstétricaux et on fera de larges incisions du col si celui-ci n'est pas dilaté. Dans une clinique, on optera pour la césarienne vaginale, si on se rend compte que les incisions ne peuvent suffire et qu'elles donneraient des complications au moment du passage de l'enfant. Si la voie vaginale ne paraît pas utilisable, on fera la césarienne abdominale suivie ou non d'hystérectomie.

Etat grave de la mère
Maladies infectieuses. — Cardiopathies

Parmi les maladies infectieuses, la grippe paraît particulièrement grave chez une femme enceinte, près du terme. Pellissier, (1) sur 20 cas observés à la Clinique Tarnier, note 5 décès après l'accouchement et aggravation notable dans 12 cas. Petersen (2) prétend que dans les cas de broncho-pneumonie grippale, il n'y a pas lieu d'intervenir pendant la période de dilatation. Elle serait en général bien supportée par les malades. La période d'expulsion serait la plus dangereuse et quand elle tarde, il y a lieu d'intervenir sous anesthésie générale. A notre avis, si la

1. Pellissier, *Arch. Obst. et Gynéc.*, janv. 1919.
2. Petersen, *Arch. Obst. et Gynéc.*, n° 1, 1920.

femme est en travail, plus son état est grave, plus l'indication se pose d'intervenir par des moyens rapides pour soulager la mère et sauver l'enfant.

Nous présentons deux observations où l'état de la femme était très grave. Toutes les deux avaient un début de travail. Dans un cas, après l'évacuation de l'utérus, on nota une légère amélioration, mais ce ne fut là qu'une rémission, la malade, profondément intoxiquée, mourut deux jours après. Dans l'autre observation la mort survint le jour même ; la femme était agonisante au moment de l'intervention.

Dans les cardiopathies, les menaces d'accidents graves, peuvent faire discuter le traitement d'accouchement provoqué. Bar déclare qu'il aggrave l'état des malades et donnerait de mauvais résultats. « Mais lorsque le travail est déclaré il faut hâter la terminaison de l'accouchement... »

L'observation que nous donnons, concerne une femme en état d'hyposystolie au moment de l'accouchement. Le traitement par les incisions fut très simple ; on nota une amélioration dans l'état de la femme et on put extraire un enfant vivant.

Bar conseille le ballon et la dilatation bi-manuelle. Dans les cas graves, ces procédés font perdre beaucoup de temps ; ils sont très longs et la femme se trouve très mal dans la position couchée. Nous n'insisterons pas sur l'emploi du Bossi, nous connaissons ses méfaits.

Si le col n'est pas effacé et s'il y a extrême urgence, on fera une hystérotomie vaginale antérieure.

Dans l'agonie et *post mortem*, les indications sont les mêmes. Un traitement par les incisions pour sauver un enfant encore vivant, sera moins malaisé à pratiquer dans ces circonstances que la césarienne, préconisée cependant par Fellner dans les cas graves.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Lenteur du travail. Rigidité cicatricielle du col. Quatre incisions profondes du col. Enfant vivant.

Mme Ch..., vingt-cinq ans, sans profession, V-pare.

Entrée à l'hôpital le 1er octobre 1915 à 12 heures.

Dernières règles, fin décembre 1914.

Premières douleurs le 1er octobre 1915 à 10 heures. Col dilatable comme deux francs à 12 heures.

Rupture prématurée des membranes.

Présentation en O. I. G. A., tête mobile.

Bruits du cœur bons.

Le col est rigide et présente des cicatrices ; la dilatation n'avance pas. M. Laskine fait quatre incisions du col, deux latérales, une antérieure, une autre postérieure. Application de forceps en oblique. Extraction d'un enfant de 3.620 grammes qu'on ranime aussitôt. Délivrance artificielle. Placenta pesant 500 grammes. Hémorragie due aux incisions. On procède alors à la suture du col au catgut ; l'hémorragie s'arrête Suites de couches fébriles. Curettage le 5 octobre.

La femme sort guérie le seizième jour.

OBSERVATION II

Lenteur du travail. Bassin rétréci. Deux incisions latérales du col. Enfant vivant.

Mme Ch..., vingt-six ans, ménagère. Primipare.

Entrée dans le service le 28 janvier 1918. Dernières règles le 23 avril 1917.

Premières douleurs le 20 février à 6 heures.

A l'entrée dans la salle de travail, la dilatation est de 50 centimes. Tête élevée en O. I. G. T. Bassin rétréci, promontoire accessible au loin. Urines normales. Battements du cœur fœtal bons.

Rupture prématurée des membranes donnant issue à une purée de méconium. Les bruits du cœur se modifient brusquement aussitôt après la rupture de la poche des eaux.

Accouchement artificiel à 22 heures par M. Schwaab : deux incisions latérales profondes du col. Application de forceps en transverse. Extraction d'un enfant de 3.500 grammes qu'on ranime facilement. Délivrance artificielle ; placenta pesant 670 grammes.

Sutures du col au catgut. Périnéorraphie. Hémorragie par inertie utérine, ergotine, huile camphrée, sérum artificiel, physéine.

24 février. — La malade a 39°2 de température ; on fait un curettage qui ramène des caillots : Badigeonnage à la glycérine créosotée.

La température reste élevée pendant quinze jours ; on fait du sérum anti-streptococcique, du collargol intra-veineux.

11 mars. — La température descend définitivement à 37 degrés et la malade quitte le service cinq jours après.

OBSERVATION III

Lenteur du travail. Modification des bruits du cœur. Deux incisions latérales du col. Enfant vivant.

Mme Al..., trente-six ans, couturière. Primipare.

Entrée dans le service le 1er mars 1918.

Date des dernières règles : 1er mai 1917.

Apparition des premières douleurs le 1er mars à 20 heures.

Rupture prématurée de la poche des eaux à minuit. Présentation en O. I. G. A., tête engagée. Col en voie d'effacement. Les douleurs sont faibles et le travail progresse lentement.

4 mars. — Issue de méconium et modification des bruits du cœur ; dilatation, 5 francs.

M. Schvaab décide alors de faire deux incisions latérales du col. Forceps en oblique. Extraction d'un garçon de 3.650 grammes, né en état de mort apparente, qu'on ranime. Deux circulaires autour du cou.

Délivrance artificielle, membranes déchirées. Placenta pesant 650 grammes.

Sutures du col au catgut. Périnéorraphie. Hémorragie consécutive du col. On fait un tamponnement du vagin. Ergotine, sérum artificiel.

5 mai. — L'enfant est pris de convulsions et meurt.

20 mars. — La femme quitte l'hôpital, en bon état de santé et le col cicatrisé.

OBSERVATION IV

Lenteur du travail. Rupture prématurée de la poche des eaux. Modification des bruits du cœur. Deux incisions latérales du col. Enfant vivant.

Mme Fl..., vingt-huit ans, sans profession Primipare.

Entrée dans le service le 3 mars 1918.

Date des dernières règles le 21 mai 1917.

Rupture des membranes le 28 février à 20 h. 30. Liquide amnotique teinté de méconium.

Apparition des premières douleurs le 1er mars à 20 heures.

Présentation de la face en M. I. D. P.

Battements du cœur fœtal bons.

Bassin normal. Urines normales.

3 mars. — Modification des bruits du cœur à 16 h. 30, la dilatation atteint cinq francs. M. Schwaab fait deux incisions latérales du col. Application de forceps. Extraction d'un enfant pesant 3.060 grammes en état de mort apparente ; il est facilement ranimé.

Délivrance artificielle ; placenta pesant 530 grammes. Membranes déchirées.

Sutures du col au catgut. Périnéorraphie. Suites de couches normales.

Le 19 mars, avivement d'une petite plaie périnéale et suture.

La femme sort guérie le vingtième jour.

OBSERVATION V

Coma éclamptique. — Incisions latérales du col
Extraction d'un fœtus mort.

Mme K..., vingt-neuf ans, couturière Primipare. Entrée dans le service le 7 mai 1919 à 3 heures du matin, en plein coma éclamptique.

D'après la famille, la malade se serait plainte, le 6 mai, de violents maux de tête. Dans la nuit du 6 au 7 mai elle aurait eu trois ou quatre accès, caractérisés par de l'agitation, des mouvements saccadés des membres supérieurs, de la contracture des maxillaires et des roulements en tous sens des globes oculaires. Aux accès a succédé le coma.

7 mai. — Coma. Respiration stertoreuse. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. Réflexes tendineux conservés. Réflexes cutanés plantaires abolis. Légers mouvements convulsifs localisés au bras droit. Anurie. Par sondage de la vessie, on retire quelques centimètres cubes d'urine. Saignée.

Examen d'urée dans le sang : 0 gr. 39 par litre.

Examen d'urine : 9 grammes d'albumine par litre.

Grossesse de sept mois environ.

Apparition des premières douleurs le 6 mai à 14 heures. Col effacé. Dilatation punctiforme. Battements du cœur fœtal nuls.

On fait une saignée de 500 grammes et on lui fait absorber du chloral à haute dose.

M. Schwaab fait à 8 heures du matin deux incisions latérales du col puis une application de forceps. Extraction d'un fœtus mort pesant 1.150 grammes.

Délivrance artificielle. Placenta de 210 grammes. Restauration du col par des points au catgut.

La malade ne sort pas du coma et meurt à 14 heures.

OBSERVATION VI

Hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré. — Deux incisions latérales du col. — Enfant vivant.

Mme D..., trente-sept ans, plumassière, III-pare.

A eu un enfant mort à vingt-cinq jours (?) et un à six jours d'une malformation cardiaque.

Wasserman positif. Douze injections de néosalvarsan pendant sa grossesse.

Entrée dans le service le 18 mai 1917 à 11 h. 45.

Apparition des premières douleurs le 18 mai à 9 heures.

Dernières règles le 15 août 1916.

A l'entrée, col effacé, dilatation deux francs, membranes intactes. Présentation en O. I. G. A. Engagement effectué.

A 12 heures, hémorragie brusque, abondante. L'utérus est dur, contracté, ligneux.

Lipothymie, signes d'hémorragie interne, tachycardie. Bruits du cœur fœtal irréguliers et sourds.

A 14 heures, M. Laskine essaie de faire de la dilatation bi-manuelle ; le col est très résistant et il n'obtient aucun résultat appréciable.

A 14 h. 30, rupture artificielle de la poche des eaux. Incisions profondes du col. Application de forceps en oblique. Extraction d'un enfant de 4.210 grammes en état de mort

apparente qu'on arrive à ranimer au bout de quinze minutes.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, la parturiente expulse un énorme caillot. Délivrance artificielle. Placenta de 680 grammes. Suture des incisions au catgut.

Suites de couches légèrement fébriles pendant trois jours. La femme sort guérie le dix-neuxième jour.

OBSERVATION VII

Grippe grave. — Femme agonisante
Deux incisions latérales du col. — Fœtus mort

7 octobre 1918. — Mme X..., II-pare. Grossesse de sept mois et demi environ.

Atteinte de grippe depuis deux ou trois jours. Congestion pulmonaire suraiguë double. Cyanose, tendance à l'algidité, subdélire. Enfant mort. Pas de travail.

Traitement médical : saignée, toni-cardiaques.

Les médecins traitants, d'accord avec M. Schwaab, pensent que le traitement obstétrical n'est pas indiqué.

Le 8 octobre, la malade est agonisante : algidité, délire bruyant. Début de travail avec dilatation de un franc et col bien effacé. Douleurs violentes qui arrachent des cris à la femme. Tableau très impressionnant et pénible pour la famille. M. Schwaab décide alors de procéder à un accouchement brusqué.

Deux incisions latérales du col, extraction au forceps du fœtus mort. Délivrance artificielle.

Pas d'hémorragie appréciable venant des incisions. Pas de sutures étant donné l'état de la malade.

Elle succombe trois heures après.

OBSERVATION VIII

Grippe grave. — Deux incisions latérales du col. Fœtus mort

(19 novembre 1918)

M. Schwaab est appelé auprès d'une femme I-pare atteinte depuis quelques jours de grippe grave avec broncho-pneumonie double.

Température très élevée, agitation avec délire bruyant. Dyspnée intense mais sans cyanose.

Le traitement médical ne donnant pas de résultats, un des médecins traitants avait donné le conseil de faire appel à un accoucheur.

Grossesse de huit mois et demi environ. Enfant mort. Femme en travail ; le col est bien effacé et la dilatation de deux francs.

M. Schwaab se décide dans ces conditions, à faire un accouchement brusqué. Comme la tête est bien engagée, le col et le segment inférieur amincis, il pratique des incisions du col de chaque côté, incisions allant jusqu'aux insertions vaginales. Extraction facile à l'aide d'un forceps, sans perte notable de sang, d'un enfant mort.

Délivrance artificielle. Pas de sutures du col étant donné l'état grave de la mère et les difficultées créées par le milieu.

Le soir même et le lendemain, survient une légère amélioration : diminution de la dyspnée, agitation et délire atténués.

Du côté utérin, rien de spécial : écoulement sanguin insignifiant.

La malade succombe deux jours après l'accouchement.

OBSERVATION IX

Hyposystolie. — Maladie mitrale. — Deux incisions latérales du col. — Enfant vivant

Mme R..., primipare.

Femme en hyposystolie légère depuis plusieurs mois. Maladie mitrale ancienne avec insuffisance du myocarde.

Œdème des membres inférieurs. Fois gros et douloureux. Orthopnée, râles sous crépitants aux bases surtout à droite.

Grossesse de sept mois. M. Schwaab voit la malade pour la première fois le 31 janvier 1918, appelé par un confrère. On décide d'attendre pour augmenter la viabilité du fœtus et on institue, en attendant, une médication toni-cardiaque.

Le 8 février, la dyspnée augmente, signes de bronchite surajoutés. Température 38 degrés. Début de travail. Col effacé.

Le 9 février, les contractions augmentent, dilatation entre un et deux francs.

On décide de brusquer l'accouchement.

On pratique deux incisions latérales du col. Application de forceps. Extraction d'un fœtus de 1.800 grammes, vivant, un peu cyanosé.

Délivrance naturelle et complète. Pas d'hémorragie.

Etant donné le milieu, on ne refait pas le col.

En somme, petite opération qui a duré quelques minutes. Le cœur s'est très bien comporté. Aucun incident.

Suites de couches normales du côté génital. Du côté du

cœur et des poumons, la respiration est devenue plus facile et les signes d'asystolie ont diminué. Un peu d'agitation et d'insomnie les jours suivants.

L'enfant mis en couveuse, s'est développé parfaitement bien.

CONCLUSIONS

I. La méthode des incisions latérales profondes du col est une méthode d'extrême urgence.

II. Elle permet de vider extemporanément l'utérus d'une femme en travail dans certaines conditions déterminées.

III. D'une façon générale, les indications sont les mêmes que celles de l'accouchement méthodiquement rapide.

IV. Cette méthode sera donc utilisée toutes les fois que la vie de la mère ou celle du fœtus seront en danger. On l'emploiera :

a) Dans les cas de rigidité du col avec lenteur du travail ;

b) Dans les cas d'infection amniotique avec souffrance du fœtus ;

c) Dans les cas graves d'éclampsie ;

d) Dans les cas graves d'hémorragie due à un décollement prématuré du placenta normalement inséré ;

e) Dans les états graves de la mère liés à une maladie infectieuse, à une cardiopathie ;

f) Dans les cas d'agonie et *post mortem*.

V. Cette méthode doit être rejetée en particulier :

a) Dans les cas de rigidité par cancer ;

b) Dans les cas de fibrome bas situé ;

c) Dans les cas de rétrécissement prononcé du bassin.

VI. Les incisions doivent être faites dans les conditions suivantes :

α) Col effacé, segment inférieur amplifié et aminci ;

β) Présentation engagée ou bien fixée.

VII. Les incisions ne devront pas dépasser la zone d'insertion vaginale du col. Elles devront être d'emblée assez larges pour que l'extraction du fœtus ne risque pas de les agrandir. A cette condition, les dangers attribués à la méthode (hemorragie, déchirures des organes voisins) seront réduits au minimum.

VIII. On fera une incision latérale droite, une incision latérale gauche.

IX. Si le fœtus est volumineux, si l'on a l'impression qu'il y a danger d'extension au passage de la présentation, on fera plutôt une césarienne vaginale.

X. Le manuel opératoire est simple. Une paire de ciseaux peut suffire.

XI. Délivrance artificielle.

XII. Sutures du col au catgut. Dans les cas d'extrême gravité, dans les cas d'infection locale, on renoncera aux sutures.

XIII. Tamponnement vaginal.

XiV. Pratiquée suivant des indications précises et alors qu'existent les conditions requises pour son exécution, cette méthode permet l'évacuation *brus-*

quée de l'utérus sans faire courir à la femme plus de risques ou de dangers que les autres méthodes de dilatation rapide du col.

XV. Par sa simplicité, par sa rapidité, cette méthode mérite de prendre une place importante dans la thérapeutique obstétricale d'urgence.

Le Président de la thèse
BRINDEAU

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traité pratique d'accouchements, 1890.

Ashwell. — On incisions in cases of occlusions and rigidity of the uterus (Guy's hospital reports, Lond., 1839).

Balocchi. — Manuel complet d'obstétrique. Florence, 1856.

Bar. — La pratique de l'art des accouchements, t. II, p. 739 à 741, édition 1914.

— Accouchement par dilatation rapide du col (Communication au XVI[e] Congrès international de médecine. Budapest, août-sept. 1909).

— Obstétrique, sept., 1909.

Barbaut (A. F.). — Cours d'accouchements en faveur des étudiants et des sages-femmes, 1775.

Barber a Marti (F.). — Les distocias por atresia uterina histerotomia vaginal (Progreso ginec. Valencia, 1884).

Barker (B.-F). — Occlusion of os uteri ; vaginal hysterotomy (Am. M. Mouth N.-Y., 1858).

Barnes. — Traité théorique et clinique d'obstétrique médicale et chirurgicale, traduit de l'anglais par Cordes, 1886.

Barett (T.). — Case of rigidity of the os uteri, treated by incision of the cervix uteri (Prov. M. et S. I. London, 1847).

Baudelocque. — Art des accouchements, 1789, t. II, p. 367.

Benicke. — Causes des dystocies provenant des parties molles de la mère.

Blanc. — De la rigidité syphilitique du col comme cause de dystocie (Arch. gynécologie. Paris, 1891).

Bongiovanni. — Caso di parto non natural condotto a

felice terminazione, mediante incisioni alla bocca dell' utero (Am. m. med. Milauo, 1820, XVI et I. univ. d. Sc. méd. Paris, 1821).

Bossi. — Rassequa d'obst. e gyn. Napoli, 1906.

Boltiau. — Contribution à l'étude de l'accouchement provoqué méthodiquement rapide. Thèse de Paris, 1894-1895).

Bouchard. — Accouchements rendus impossibles par la rigidité du col utérin, bons effets de l'incision de cette partie (Bull. gén. de thérap. Paris, 1861).

Boyer. — Thèse de Paris, 1890.

Cadéac. — Rupture du col utérin pendant le travail de l'accouchement. Thèse de Paris, 1859.

Cadiergues. — Déchirures obstétricales du col. Thèse de Paris, 1892.

Caillon. — Thèse de Lyon, 1899.

Capuron. — Traité théorique et pratique des accouchements, 1896.

Cavaillé (I.). — Considérations sur la dilatation artificielle du col dans quelques cas d'accouchements laborieux. Thèse de Montpellier, 1873.

Cazeaux. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 11e édit.

Cecil (I. G.). — Accouchement forcé (Report of a case med. neros Philad., 1894, LXV, 438).

Chailly. — Traité de l'art des accouchements, 1853.

Chamousset. — Rigidité du col chez une primipare de trente deux ans. Incisions multiples, forceps (Bull. Soc. méd. de Chambéry, 1875).

Charnel. — Dilatation normale et anormale du col de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1894-1895.

Charpentier. — Traité pratique d'accouchements, 1883.

Claverie. — De l'accouchement artificiel immédiat par les voies naturelles. Thèse de Paris, 1894-1895.

Coen (J.). — Dystocie par rigidité du col utérin et placenta prævia; incisions latérales jusqu'aux culs-de-sac du vagin (Nouv. Arch. obst. et gyn. Paris, 1892).

Commandeur. — Rapport à la Société d'obstétrique (Arch. obst. et gyn., 1911, t. IV, p. 1151).

Coriveaud. — Dystocie par rigidité du col, débridements multiples (J. de méd. de Bordeaux, 1880).

Costilhes. — Oblitération du col. Hystérotomie vaginale (Gaz. hebd. Paris, 1861).

Coutouly. — Jour. gén. de méd., t. XXXII.

Demelin. — Des moyens d'accélérer la dilatation de l'orifice utérin pendant le travail de l'accouchement (Rev. gén. de clinique et de thérapeutique, 1893).

— De la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant l'accouchement (Obst., 1898).

Depaul. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1847.

— Oblitération du col de l'utérus chez les femmes en couches et de l'opération qu'elle réclame, 1860.

— Académie impériale de médecine. Séance du 9 avril 1861.

— Grossesse prolongée, débridements multiples du col, application simple de forceps (J. des sages-femmes. Paris, 1878).

— Rigidité anatomique du col ; débridements (Gaz. des Hôp. Paris, 1880).

Domerc. — Cité par Tissier.

Dubois. — Traité de l'art des accouchements, 1849.

— De la résistance du col à la dilatation pendant le travail de l'accouchement (Gaz. des Hôp. Paris, 1860).

— Rigidité proprement dite du col (Gaz. des Hôp., 1860 et 1861).

Dugès. — Pratique des accouchements. Paris, 1821.

— Dictionnaire de méd. et chir. pratique, 1830 (article césarienne).

Dührsen. — Uber den Werck der tiefen cervix und Scheiden Dammeinschnitte in der Geburtshilfe (Arch. f. Gynak., XXXVII, Hft I).

— Berlin. Klin. Woch., 1892, p. 154.

— Zeitschrift, 1823, p. 303.

— Archiv. 42, p. 512 ; Arch. 44, p. 495 ; Arch. 44, p. 517.

Dumouly. — Atresie du col d'origine chirurgicale, obstacle à l'accouchement ; débridements multiples (Gaz. de Gyn., 1885 et 1886).

Duparcque. — Mémoire sur l'accouchement par dilatation forcée du col de l'utérus. Paris, 1861.

Edgar (*J.-C.*). — Deep incisions of the parturient cervix for rapid delivery (Am. J. Obst., 1895).

Enriquez. — Des incisions de la portion vaginale du col pendant l'accouchement. Thèse de Paris, 1915.

Flamant. — Op. césarienne. Paris, 1811.

Fochier. — De la dilatation artificielle du col à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement (Soc. Obst. France, avril 1896).

— Lyon médical, 1890.

Fodéré. — Thèse de Strasbourg, 1826.

Frarier (*Léon*). — Des procédés de dilatation artificielle du col chez les primipares dans les accouchements naturels. Thèse de Lyon, 1898-1899.

Garipuy. — Société d'obst. et de gynéc. de Toulouse, 1er mai 1912.

Gaston. — Du décollement du placenta normalement inséré au cours de la grossesse. Thèse de Lyon, 1906.

Géraud (*J.*). — Dystocie par atrésie cicatricielle du col. Thèse de Paris, 1911-1912.

Grenet. — Etude théorique et pratique des moyens d'accélérer la dilatation du col pendant le travail. Thèse de Paris, 1893-1894.

Guéniot. — Des indurations du col utérin au point de vue de l'accouchement (Ann. de Soc. Obst. de France, 1893).

Guérin-Valmalle. — Montpellier médical, 1903.

Guibout. — Amputations sous-vaginales du col, ses conséquences. Thèse de Paris, 1899-1900).

Harrison (*W.-J*). — Extrem rigidity of the os uteri associated with puerperal convulsions, treated by incisions of the os, 1854.

Hauch. — De l'accouchement méthodiquement rapide par l'orifice utérin non effacé (Obs., nov. 1910).

Herff (Von). — Kaiser Schnitt med. fiefe cervix incisionen sowie der letzte Nach : behaudlung bei Eklampsie (Münch. med. Woch., 1892).

Holt. — Persistent eclampsia; forced delivery accomplished by bilateral incisions of the ceroix uteri, 1867.

Hubert (L.-J. de Louvain). — Grossesse à terme ; état insolite du col, débridement du col.

Ivanow. — Dilatation sanglante du col pendant le travail. (Dissert. de Kiew., 1895, analysie, in Centralbl. f. Gyn., n° 39, 1895).

Jeannin et Garipuy. — Incisions du col de l'utérus pendant l'accouchement et césarienne vaginale de Dühasenn. (Obs., nov. 1910)

Jeannin et Gueniot. — Thérapeutique obstétricale et gynécologique (Baillère).

Jeutzer. — Dystocie par atrésie incomplète de l'orifice externe (Arch. de biol., 1890).

Keller. — Centr. für. Gynæk., 1899.

Kosanski. — Thèse de Paris, 1905.

Knapp. — Uber Dührssen's ceroix incisionen (Prag. méd., 1903).

Laborie. — Débridement du col dans le cas de contraction (Gaz méd. Paris, 1846).

— Deux observations de dystocie causée par l'état de rugosité du col, débridement du col (Un. méd. Paris, 1849).

La Chapelle (Mme). — Pratique des accouchements, 1821.

Lauverjat. — Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne. Paris, 1788.

Le Camus. — De la rigidité syphilitique du col comme cause de dystocie (Thèse de Paris, 1891-1892).

Levret. — Art des accouchements, 1766.

— Observations sur les accouchements laborieux.

Lévy (E.). — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des hémorragies rétro-placentaires (Thèse de Paris, 1911).

Loriot. — Soc. obst. et gyn. de Paris, 1890.

Lutaud. — Thèse de Paris, 1907-1908.

Mare (S.). — Dührssen's method of diep cervix incisions in cases requiring rapid delivery (Ann. J. Obst., mai 1893).

— Accouchement forcé (Méd rec. N.-Y., 1894).

Martin (de Lyon) — Mémoires de Méd. et de Chir.

Mauran. — Des cas de mort par décollement prématuré du placenta inséré normalement (Thèse de Paris, 1909).

Maygrier. — Sur la rigidité du col pendant l'accouchement (Sem. méd. Paris, 1891).

Mesnard (E. M.). — Influence de quelques lésions syphilitiques du col utérin sur l'accouchement. Thèse de Paris, 1884-1885.

Mesnard. — Dystocie pour accidents syphilitiques du col (Archives de tocologie, 1891).

Mitchell. — Rigi di by of os uteri (Ann. Jour. obst. 1893).

Mortagne. — De l'accouchement méthodiquement rapide. Thèse de Paris, 1898.

Nœgelé et Grenser. — Traité de l'art des accouchements, 1880.

Nichet cité par Nœgelé. — Considérations sur l'incision du col dans l'accouchement (J. de Méd. de Lyon, 1847).

Pajot. — Travaux d'obst. et de gynéco., 1882.

Paré (A.). — Œuvres, 1575.

Porak. — Rigidité du col pendant l'accouchement (S. obs. et gyn. Paris, 12 juin 1890).

Plesse. — Thèse Paris, 1909.

Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Traité d'obst., 1914.

Rizzoli. — De l'accouchement artificiel instantané par les voies naturelles en remplacement de l'opér. césarienne chez les femmes mourantes ou décédées dans un état de grossesse avancé (traduc. Andrecini Paris, 1872).

Schmid. — Sur un cas de rigidité syphilitique du col de l'utérus (Nouv. arch. obst. et gyn. Paris, 1894).

Skutsch (d'Iéna). — Incisions libératrices du col dans l'accouchement (Berl. Klin. Woch., 17 oct. 1887).

Smellie. — Traité d'accouchement, 1754.

Staley. — Incision of cervix in certain complicated labour cases (Indian méd. gaz. Calcutta, 1894).

Steffens. — Thèse de Strasbourg, 1904, cité par Lévy.

Tarnier. — Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires relatifs à cette extraction. Paris, 1860.

— Cas d'oblitération du col chez les femmes enceintes ayant nécessité l'hystérotomie vaginale (J. de méd. et chir. pratique. Paris, 1876).

Thévenot. — De l'accouchement artificiel par les voies naturelles substitué à l'opération césarienne post-mortem (Ann. de gynéc. Paris, 1878).

Talland et Weld (A.). — Le pour et le contre de l'accouchement forcé dans le cas de placenta prœvia (Amer. J. of. obstét., février 1917).

Tissier. — Thèse de Paris, 1860.

Valette. — Cité par Gribout.

Velpeau — Traité complet de l'art des accouchements, 1835.

Viguier. — Débridement du col dans les accouchements. Thèse Paris. 1874.

Walliser. — Rigid os uteri, dilatation manu al and incision without success (St-Louis M. et S. J., 1879).

Wilhem (M.-A.). — Les hystérotomies vaginales en obstétrique. Thèse Paris, 1912-1913.

NOTE : Au moment de mettre sous presse, viennent de paraître dans la revue *Gynécologie et obstétrique* (n° 2, 1920) :

1° Un mémoire de Cathala sur « les incisions de la portion intravaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme » ;

2° Un mémoire de John Olow de Lund « sur les procédés chirurgicaux de dilatation du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement ».

Cathala déclare dans ses conclusiuns qu'il « est préférable

de sectionner le col *en avant* et *en arrière* plutôt que sur les côtés ».

John Olow écrit que selon son expérience « deux incisions suffisent en général, en avant et en arrière ; souvent même « je m'en suis tiré, dit-il, avec une incision antérieure seulement ».

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9
CHAPITRE I. — Historique 13
CHAPITRE II. — Technique des incisions 19
CHAPITRE III. — Indications cliniques des incisions . . 28
OBSERVATIONS 41
CONCLUSIONS 51
BIBLIOGRAPHIE 55
NOTE 61

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4673-20